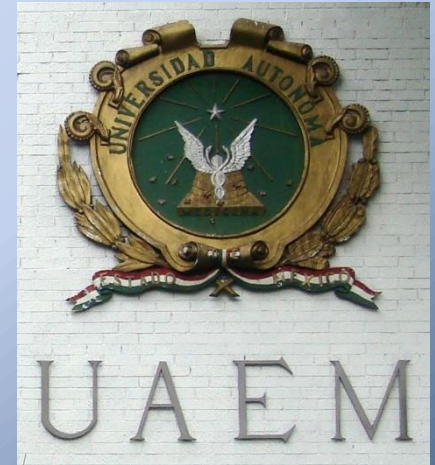


UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO



Titulo: **ABORTO**

Unidad de Aprendizaje: Obstetricia

Programa Educativo: Medico Cirujano

Espacio Académico: Facultad de Medicina

Responsable de la Elaboración: M. en I.C.

Joaquín Roberto Beltrán Salgado

Elaboración: Octubre del 2015



U.A. de Obstetricia

ABORTO



M. En I.C. Joaquín Roberto Beltrán Salgado

Concepto



El aborto espontáneo es la terminación natural del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del útero

Se considera que este periodo termina con la semana 20-22 de gestación, o cuando el peso fetal llega a 500 gramos

Etiología

- Alteraciones hormonales

Alteraciones genéticas

- Trisomía autosómica 59,9%
- Trisomía 16 (muy letal 35%)
- Trisomía 22 y 21
- Monosomía X (45X, 18.9%)
- Tri y Tetraploidía (15,5% y 5.6%)



Ultrasonido que muestra siameses unidos por el tórax: planteando la necesidad de practicar un aborto

Factores de la Pareja

- Pareja cromosómicamente normal
(aleatorio y esporádico)
- Un miembro de la pareja con
traslocación avanzada
(pérdida repetida)

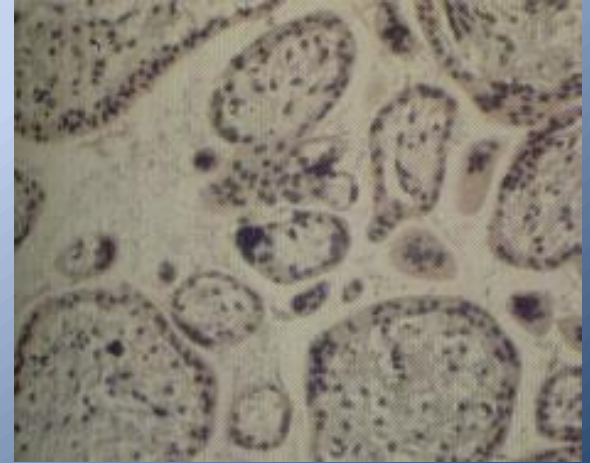
Fisiopatología

- Hemorragia en la decidua basal
- Necrosis e inflamación en el área de implantación
- El producto de la concepción se desprende parcial o totalmente
- Comportamiento de cuerpo extraño en el útero
- Contracciones uterinas y dilatación cervical
- Expulsión del producto de la concepción en casi todos los casos

Patología

Al abrir el saco

- Observamos líquido
- Feto pequeño y macerado
- Anembriónico



Histología

Degeneración hidropésica de las vellosidades placentarias a causa de la retención de líquido tisular



Ausencia de embrión (huevo anembriónico)

Clasificación general

- Aborto espontáneo
- Aborto provocado

Clasificación Clínica

- Amenaza de Aborto
- Aborto Inevitable
- Aborto Incompleto
- Aborto Completo
- Aborto Diferido
- Aborto Séptico
- Aborto Recurrente

Amenaza de Aborto

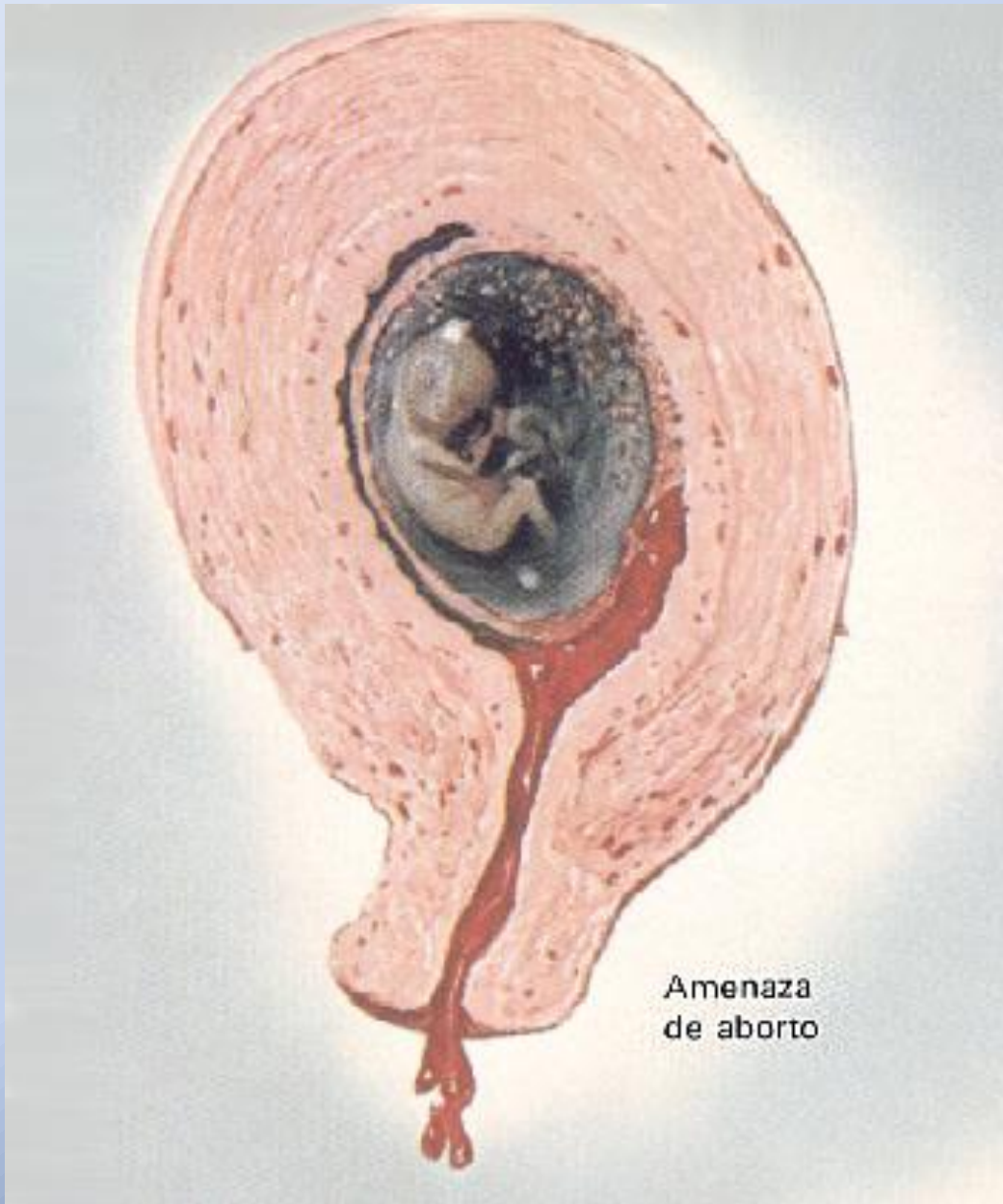
- Hemorragia uterina
- Escasa y pardusca a rojo brillante
- Precede a dolor cólico o dorsalgia baja
- Goteo o hemorragia (20 a 25%)

Exploración pélvica

- Cérvix formado y cerrado
- No hay pérdida de tejidos

Diagnóstico diferencial

- Embarazo ectópico, ETG, erosión cervical, pólipos o carcinoma



Amenaza
de aborto

Manejo y Pronóstico

- Restringir la actividad física
- Relaciones sexuales
- Observar síntomas (hemorragia y cólico uterino)
- Cérvix cerrado
- USG
- Cifras cuantitativas de la subunidad beta de HCG
- Crecimiento uterino

Aborto Inevitable e Incompleto

Inevitable

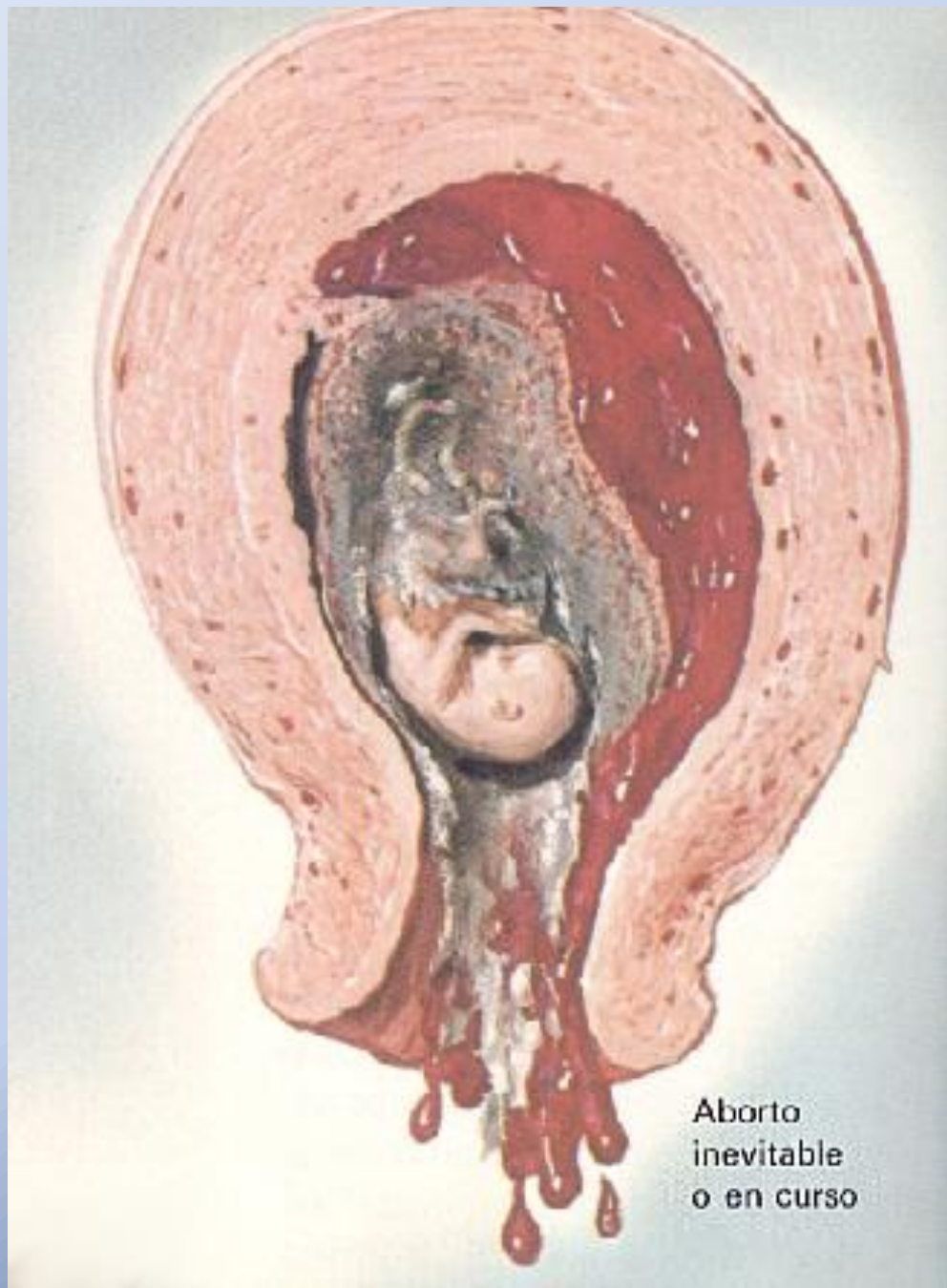
Cuando la rotura de las membranas o hemorragia se acompaña de dolor y dilatación del orificio cervical interno

Incompleto

Expulsión parcial de los productos de la concepción, asoman por el orificio cervical externo, ó en vagina, persistiendo hemorragia y cólico

Diagnostico

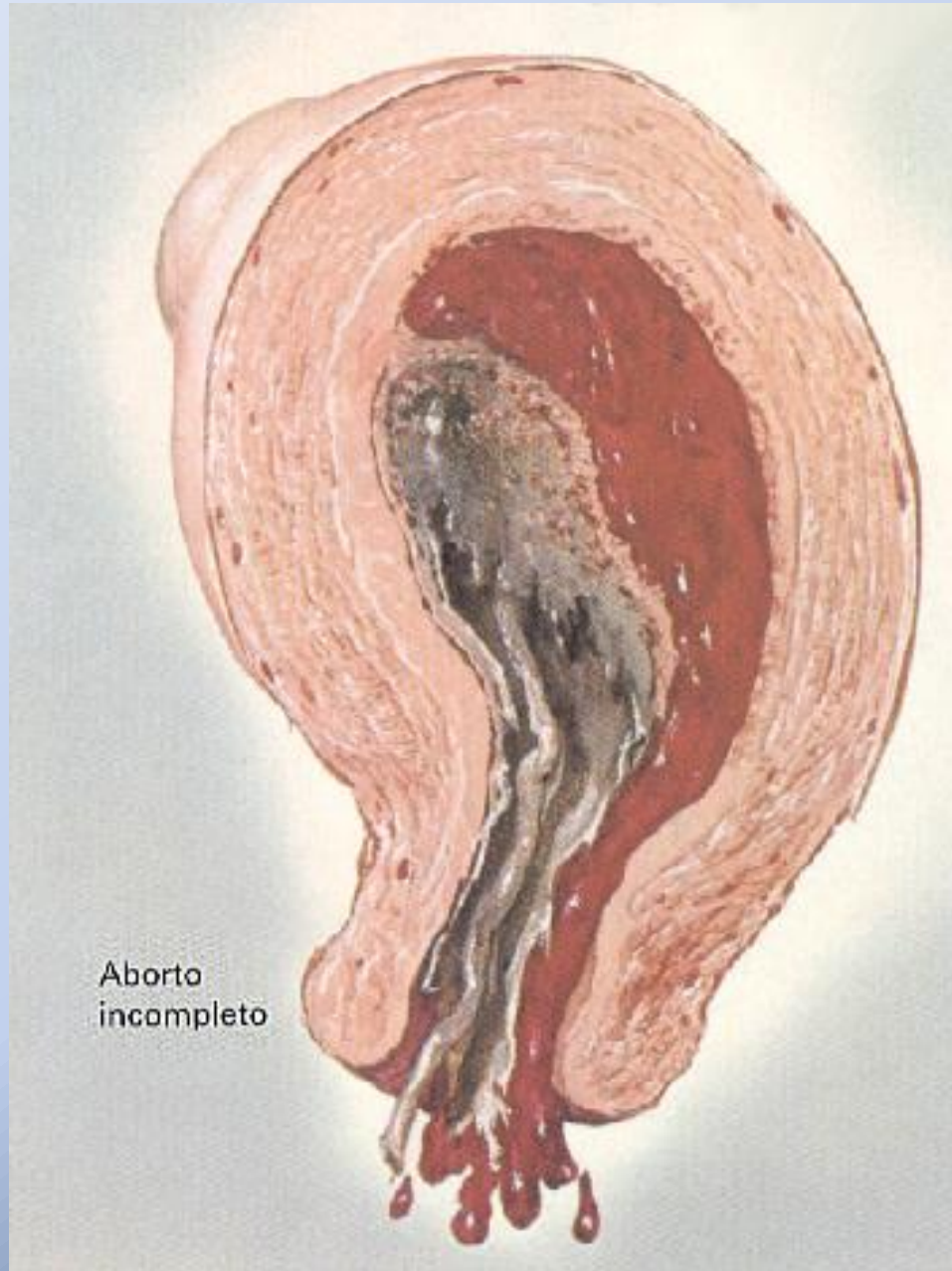
- Cuadro Clínico
- Tacto Vaginal
- Embarazo gemelar
- USG



Aborto
inevitable
o en curso

Aborto Completo

- Se identifica por cese del dolor
- Cese de la hemorragia
- Expulsión de tejidos
- No se requiere tratamiento adicional si hay certeza en el diagnóstico
- Practicar legrado por aspiración



Aborto
incompleto



Restos expulsados
en un aborto completo

Aborto Diferido

Este término se aplica cuando fallece el producto de la concepción sin que ocurra su expulsión

- Se desconoce la causa
- Se ha demostrado que la amenaza de aborto puede convertirse en aborto diferido (progesterona)

Cuadro Clínico

- Síntomas del embarazo
- Prueba de embarazo
- Latido fetal ausente (Doppler)
- Ultrasonido no revela actividad fetal



Imagen de ultrasonido que muestra un huevo muerto y retenido



Aborto
retenido

F. Netter
M.D.
© CIBA

Aborto Séptico

- Causa importante de mortalidad materna
- Leyes de aborto
- Amenaza, inevitable e incompleto suelen complicarse con infecciones
- Endometritis, parametritis o peritonitis

Cuadro Clínico

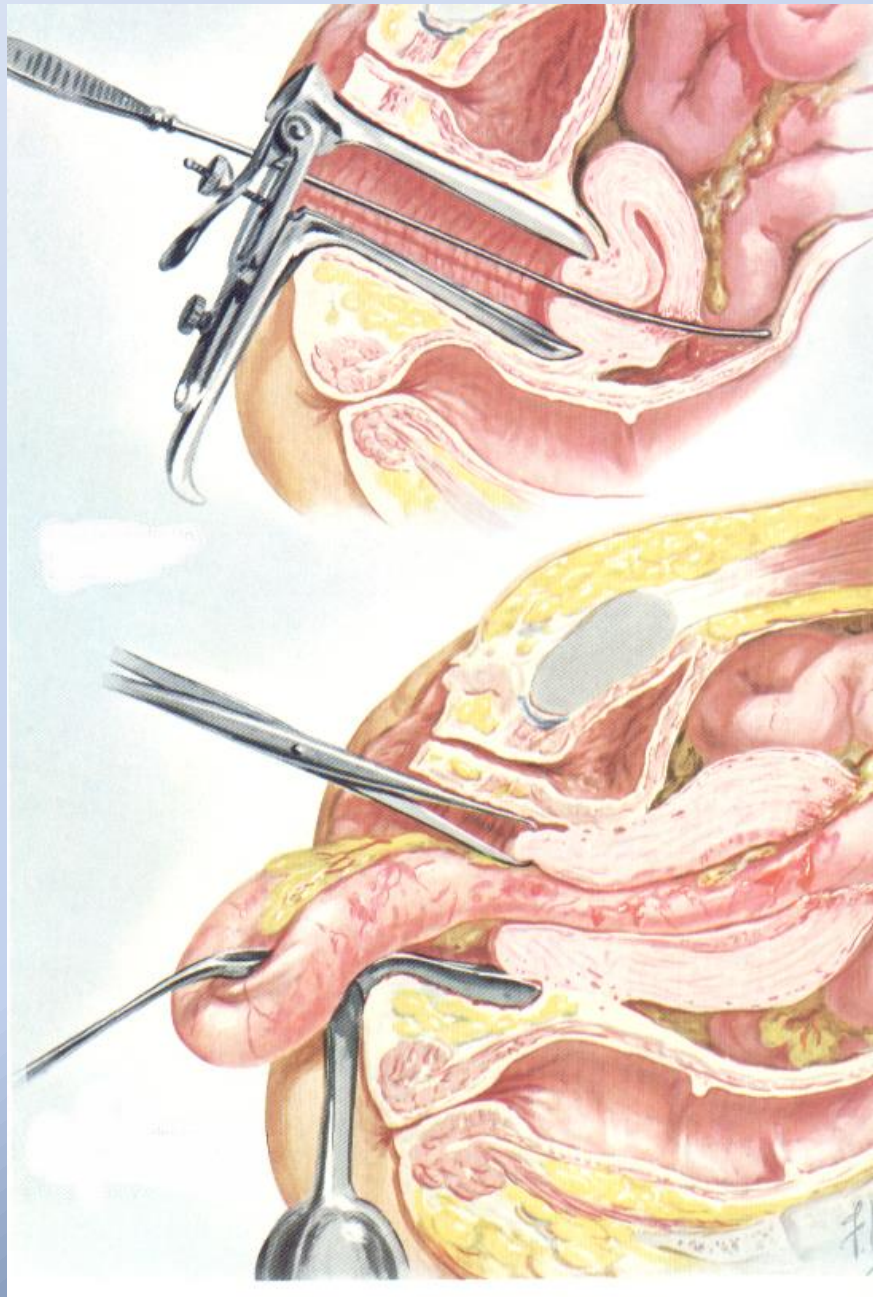
- Fiebre, dolor abdominal e hipersensibilidad uterina
- Septicemia y choque séptico



Séptico



La cavidad uterina puede infectarse como resultado de intentos criminales para provocar abortos, sobre todo cuando no se usan equipos debidamente esterilizados.





Útero y restos ovulares aborto séptico

Evaluación y Tratamiento Iniciales del Aborto Séptico

- Examen físico y palpación pélvica
- Bh completa
- Grupo sanguíneo
- Frotis cervical (tinción de Gram)
- Cultivos del endocérvix, sangre y producto de la concepción (anaerobios y aerobios)
- Sonda de Foley
- EGO y cultivo
- Soluciones catéter de gran calibre
- Toxoide tetánico (0.5 ml) subcutánea en inmunizadas/ inmunoglobulina tetánica (250 U) IM
- Rx de abdomen supina y vertical
- Antibioticoterapia

Tratamiento del Choque Séptico

A. Tratar la infección causante

- Evacuación quirúrgica del útero
- Administración de tres antibióticos

B. Corregir la disfunción hemodinámica

- Vigilancia fisiológica
- Restauración de la volemia
- Alivio de la vasoconstricción y mejoramiento de la contractilidad miocárdica
- Preservar la integridad celular

C. Sostén respiratorio

- Oxigenación
- Evitar la administración excesiva de líquidos
- Uso de la ventilación mecánica en la fase inicial del tratamiento

Aborto Recurrente

Concepto

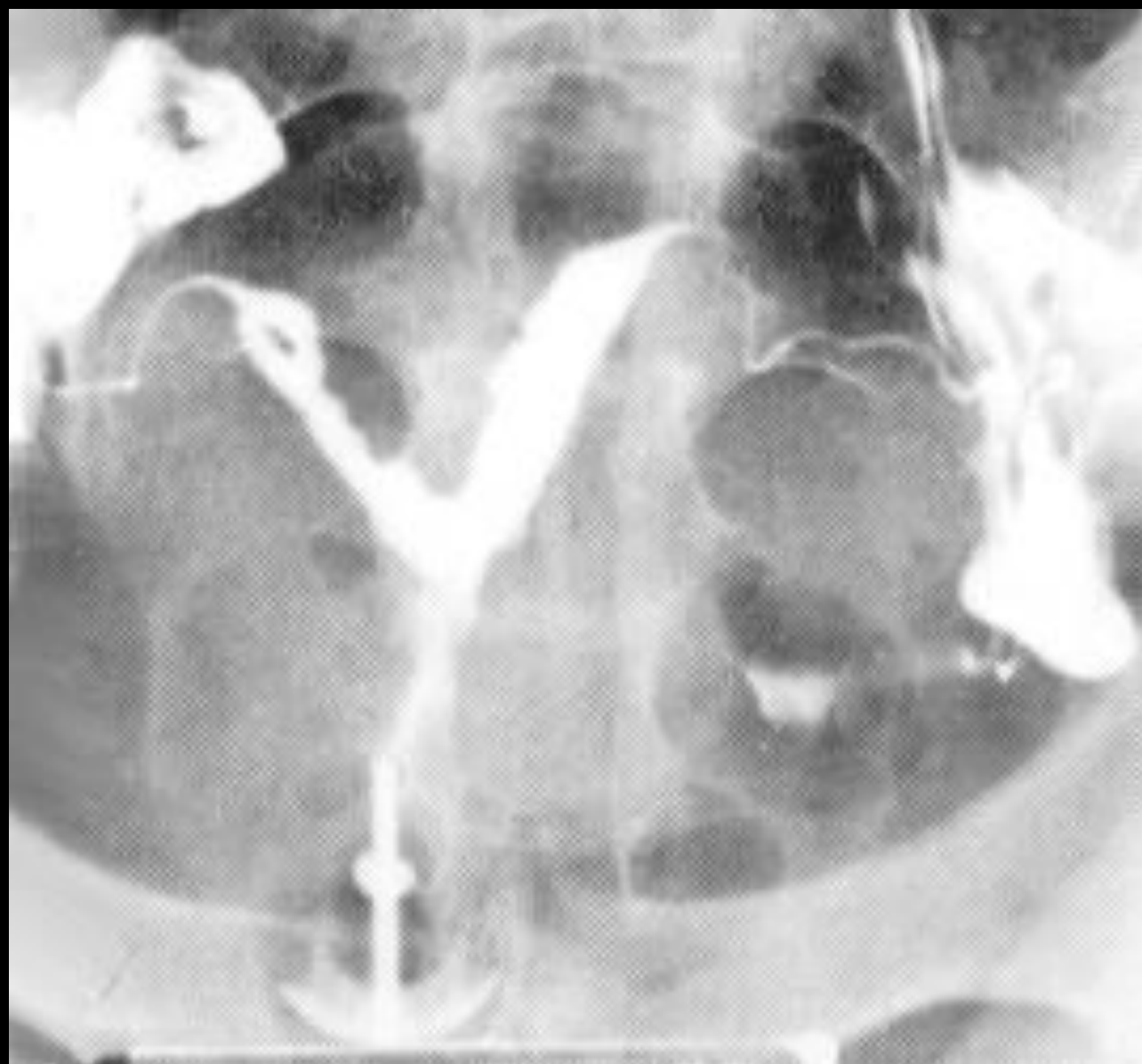
El aborto recurrente o habitual se define actualmente como tres o más pérdidas gestacionales espontáneas y consecutivas en el primer trimestre

Generalidades

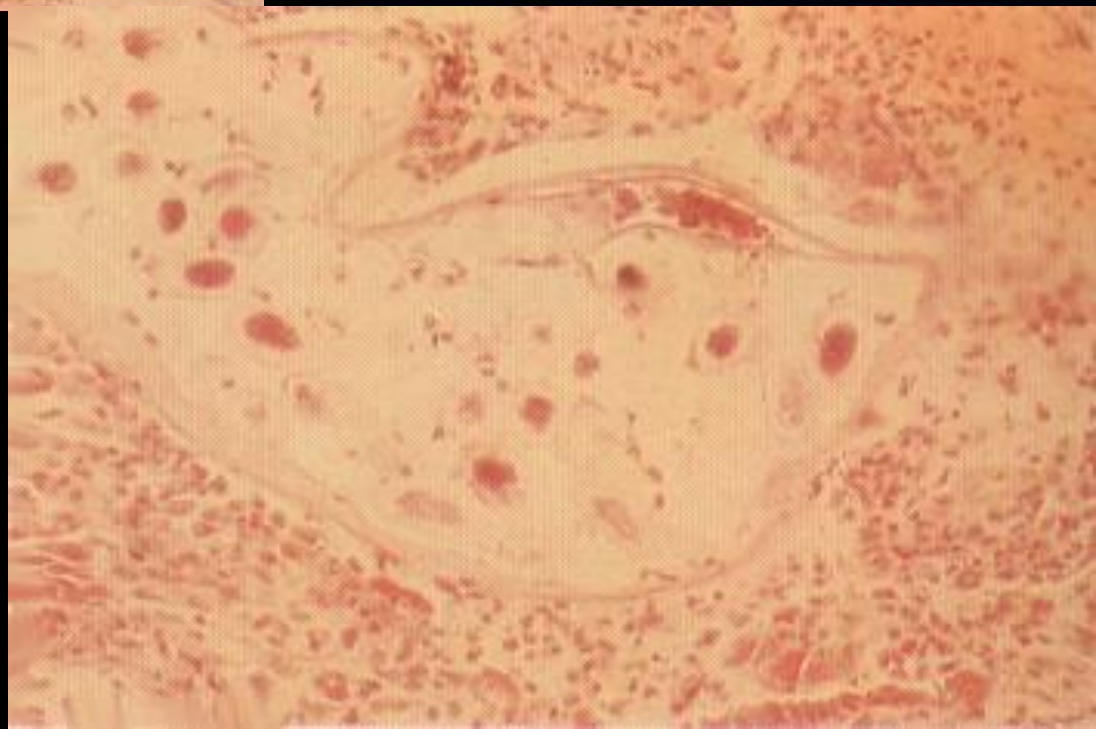
- Desnutrición, tiroidopatías, diabetes sacarina o incompatibilidad grupos ABO
- Infecciones *listeria monocytogenes* y *Toxoplasma*
- En estudio *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*
- Enfermedades médicas crónicas
- Factores psicológicos probablemente son el resultado de esta experiencia frustrante, no su causa

Etiología

- Defectos uterinos anatómicos
- Factores endócrinos
- Anomalías cromosómicas
- Anticuerpos antifosfolípidos
- Idiopático
- Incompetencia cervical







Auxiliares de Diagnóstico

Ultrasonido

- **Sensibilidad 95%**
- 5a. semana - saco gestacional
- 7-8 semanas - actividad cardiaca
- 8 y 12semanas - long. craneocaudal (edad gestacional)
- 10 semanas - cavidad amniótica y sitio de la implantación placentaria
- Complementario - estudio de útero y anexos

Perfil Hormonal

- H.G.C. actividad del trofoblasto
- 8,000 y 12,000 UI /litro
- Detectable a los 8 a 10 días del embarazo
- Subunidad beta de gonadotropina coriónica
- La sensibilidad de las técnicas (1,000 a 3,500 U.I.) Pregnosticón, Gravindex, 3-4 semanas
- La muerte del producto no coincide con la inactividad trofoblastica

Tratamiento

Tx. Amenaza de Aborto

- Exploración cérvico-vaginal con espejo
- Reposo en cama y sedantes leves
- Coito y duchas vaginales
- Informar de su estado, evolución, terapéutica y pronóstico

Ante aborto inevitable o en evolución

Hospitalización

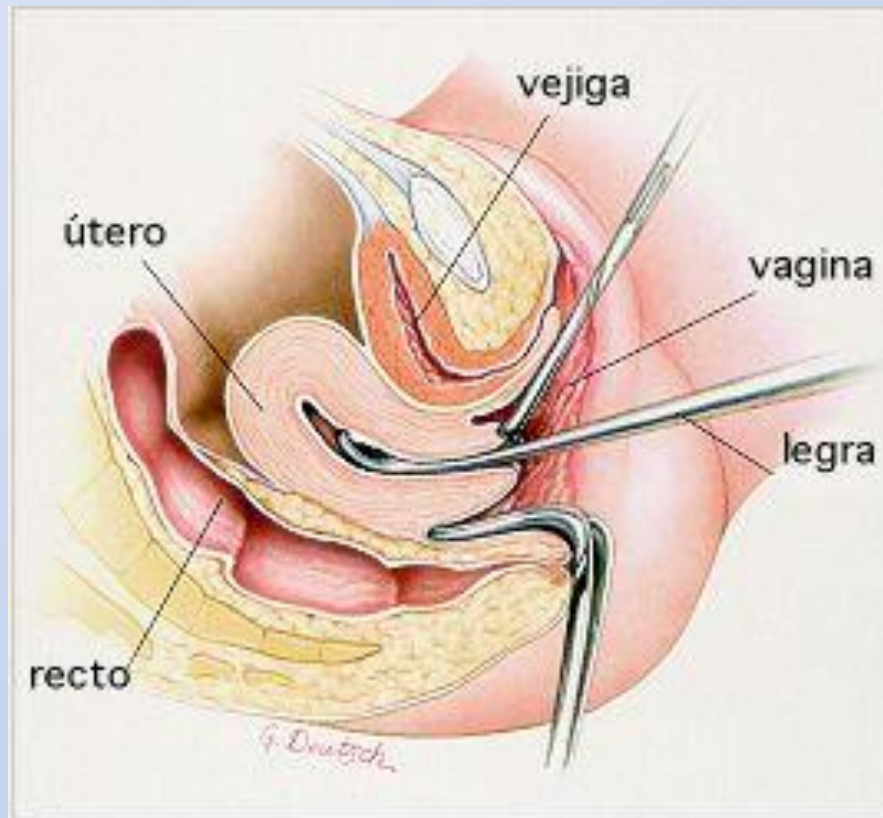
- Bh completa, grupo Rh y Q.S.
- Cuantificación HGC
- Ultrasonido

Tx. Amenaza de Aborto

- Pruebas cruzadas si persiste la hemorragia
- Hemorragia moderada, contractilidad presente, embarazo de 20 sems. y feto vivo, tocolíticos
- Dolor como síntoma cardinal, descartar ectópico, apendicitis etc.
- Resolución quirúrgica

Tx. Aborto Inevitable e Incompleto

- Hospitalización
- Examen con espejo vaginal
- Fragmentos a histopatología
- Bh, grupo y Rh,
- Pruebas cruzadas
- Glucosada al 5% con 10 a 20 unidades de oxitocina
- Dilatación cervical y LUI (*< 12 semanas*)



Un legrado es el raspado de la mucosa o membrana interior del útero (endometrio) con una legra. Es el procedimiento ginecológico más común y se realiza sobre todo para tratar o diagnosticar las causas de hemorragias uterinas anormales.



El aborto por succión se hace entre la 6ta y la 12va semana. Este método se lleva a cabo introduciendo un tubo a través de la cervix, el cual está conectado a un potente aspirador que destroza el cuerpo del bebé mientras lo extrae.

Tx. Aborto inevitable e incompleto

Entre 12 y 20 semanas

- Inducto-conducción
- Ocitocina o prostaglandinas vaginales
- Síndrome de Asherman
- Extracción del huevo por fragmentación
- Valorar histerotomía
- Histerectomía abdominal en bloque
- Rh negativa - gammaglobulina anti-D
- El pronóstico obstétrico es bueno

Tx. del Aborto Completo

Independientemente de la posibilidad y ante la duda, realizar dilatación cervical y legrado, ya que en caso contrario, se expone a la paciente a graves riesgos con una conducta conservadora

Tx. del Aborto Diferido

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas

- Establecer el diagnóstico
- Ultrasonido
- La conducta se efectúa en base a la edad gestacional

Tx. del Aborto Séptico

Valorar

Síndrome febril

Hipersensibilidad
suprapúbica

Dolor abdomino-
pélvico

Signos de
peritonitis

Secreción fétida
a través del
cérvix

Movilización

cervicouterina

Ataque al estado
general

Choque endotóxico
(hipotermia)

Reinterrogar

maniobras abortivas

Identificar lesiones
por aborto ilegal

Tx Aborto Séptico

- Estudios de laboratorio completo mas cultivos
- Radiografias de tórax y abdomen
- USG
- Antibioticoterapia: PSC 3 mill IV cada 4 hrs mas Gentamicina 80 mg /8hrs IM o IV
- LUI a las 6 hrs. de impregnación
- Hidrocortizona 3 gr IV y 1 gr c/8hrs
- PVC, Foley, Balance, gasometrías
- Valorar HTA

BIBLIOGRAFIA

- González Merlo J. Obstetricia Ed. Masson- Salvat
- Williams Obstetricia .Ed. Salvat.
- Ahued R., Fernández de Castillo Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 2ª Ed. El Manual Moderno.
- DeCherney P.. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 7ª Ed. El Manual Moderno.
- Enciclopedia Medico – Chirurgicale. Ginecología y Obstetricia
- COMEGO Ginecología y Obstetricia

Muchas Gracias